**ALLEGATO “A”**

 ***All’Azienda Sanitaria ASL CN1***

 ***S.C.I. Acquisti Beni e Servizi***

**protocollo@aslcn1.legalmailPA.it**

***OGGETTO:* AVVISO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DI UN SERVIZIO DI ASSISTENZA MEDICA PRESSO IL DIPARTIMENTO DI MEDICINA GENERALE DEI P.O. DI MONDOVI’ E SAVIGLIANO DELL’ASL CN1**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato il\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

in qualità di *(barrare la casella che interessa)*:

 □ titolare / legale rappresentante □ procuratore

 □ *(altra qualifica)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

dell’impresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,con sede legale in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.\_\_\_\_\_\_), c.a.p.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_

con sede operativa *(se diversa dalla sede legale)* in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_\_), c.a.p.\_\_\_\_\_\_\_\_, via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_

codice fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**comunica** di essere interessato alla partecipazione alla procedura per l’affidamento del servizio in oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali di cui all’art.76 del DPR n. 445/2000 e s.m., dichiara:

1. di conoscere ed accettare quanto riportato nell’avviso di manifestazione d’interesse;
2. di possedere tutti i requisiti ivi richiesti per la partecipazione alla procedura in oggetto, compresa la propria registrazione sulla piattaforma Sintel per la categoria prevista nell’avviso e qualificazione per l’ASL CN1;
3. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679 e D.Lgs n. 196/2003 e ss.mm.ii., che i dati personali raccolti saranno trattati nell’ambito della procedura in oggetto.

**Autorizza** la Stazione appaltante a inviare tutte le comunicazioni per posta elettronica certificata al seguente indirizzo PEC *(in stampatello):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Comunica**, infine, i seguenti recapiti: e-mail *(in stampatello)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; cellulare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*luogo e data*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 firma digitale

*oppure:*

firma e copia di documento d’identità del sottoscrittore:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_